

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922.

No
342

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

DENISE LE PROVOST DE SAINT-JEAN

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris
née à Saint-Lô (Manche)

*Contribution au Traitement médical
des Salpingites :*

Les boues radio-actives

Président : M. le Professeur LEJARS

342

315

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922.

N°

THÈSE

POUR

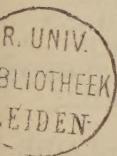
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

DENISE LE PROVOST DE SAINT-JEAN

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

née à Saint-Lô (Manche)



*Contribution au Traitement médical
des Salpingites :*

Les boues radio-actives

Président : M. le Professeur LEJARS

LE DOYEN : M. ROGER.
PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANCON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	RENON.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	{ ACHARD. WIDAL. GILBERT. CHAUFFARD. MARFAN. NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	JEANSELME.
Clinique des maladies contagieuses	P. MARIE.
Clinique chirurgicale	TESSIER.
Clinique ophtalmologique	{ DELBET. LEJARS. HARTMANN. GOSSET.
Clinique des maladies des voies urinaires	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile	De LAPERSONNNE.
Clinique thérapeutique	LEGUEU.
Clinique oto-rhino-laryngologique	BAR.
Clinique thérapeutique chirurgicale	{ COUVELAIRE. BRINDEAU. J.-L. FAURE.
Clinique propédeutique	
	Auguste BROCA.
	VAQUEZ.
	SEBILEAU.
	DUVAL.
	SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	DE LORIER	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RETTERRER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	RICHAUD.
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	ROUVIERE
CHAMPY	GUILLAIN	MATHIEU	SCHWARTZ
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TANON
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TERRIEN
CLERC	LABBE (Henri)	MULON	TIFFENEAU
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	VILLARET
DESMAREST	LARDENNOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur Lejars

*qui a bien voulu me faire l'honneur
de présider cette Chère.*

À mon Maître

Monsieur le Docteur Chifoliau

Chirurgien de la Maison de Santé

*En témoignage de ma
respectueuse reconnaissance.*

A mes anciens Maîtres de l'Ecole de Caen

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

A mes Parents & Amis.

Les Boues radio = actives

Il est un but que semble avoir, durant ces dernières années spécialement, poursuivi les gynécologues : celui d'éviter la castration ovarienne aux femmes atteintes de salpingite.

Fréquentes, en effet, ont été les tentatives de traitements conservateurs : ignipuncture, salpingostomies, greffes ovariennes dans l'ordre chirurgical, vaccins et traitements divers dans le domaine médical.

Nous ne saurions, en tant que femme, nous désintéresser d'une question si grave.

Nombreuses, hélas ! plus que jamais sont les femmes qui frappées d'une infection vénérienne ou puerpérale se voient atteintes de salpingite et condamnées par une opération mutilante à renoncer à la maternité, heureuses encore quand l'ovariectomie n'a pas fait d'elles des infirmes et des neurasthéniques.

Il est évident qu'un organe frappé à mort et virtuellement infonctionnel est un membre gangrené à amputer et que nul traitement médical ne peut avoir la prétention d'intervenir quand le mal a dépassé certaines limites.

Toutefois, bien des femmes sont atteintes de formes atténuées de la maladie, elles font des réactions utéro-ovariennes, des périméthro-salpingites évoluant avec des phénomènes douloureux, de la fièvre, du blindage des culs-de-sac, voire même des collections bien limitées et susceptibles de réagir au traitement médical classique.

Mais ce traitement est long et fastidieux. Il donne des résultats inconstants.

Il a semblé qu'il y avait mieux à faire et l'on a expérimenté les vaccins et les méthodes antiphlogistiques.

Le Radium et les rayons X ont été vantés. Nous n'en

parlerons pas, car pour ne pas être une castration opératoire, ce n'en est pas moins une castration avec tous ses inconvénients moraux, physiologiques et sociaux.

Mais il est un produit dérivé du radium qui jouit de remarquables qualités antiphlogistiques sans avoir l'action brutale de ce corps : je veux parler des boues radio-actives.

Les boues radio-actives sont un sous-produit obtenu par précipitation des minerais radifères non encore totalement épuisés.

Elles contiennent de l'uranium (1 kilo à la tonne), du radium (1 milligramme), de l'actinium (corps plus radio-actif que le radium lui-même), du polonium et de l'ionium à l'état de traces.

En outre, elles renferment du fer en abondance, ce qui les rend astringentes, de l'oxyde d'urane, de l'oxyde de manganèse, de l'alumine, de l'argile, du carbonate de chaux.

Ces terres ainsi précipitées chimiquement par une suite de réactions qui ont pour effet de les rendre aseptiques sont incorporées par malaxation mécanique à un véhicule stérile, le glycérolé d'amidon, additionnées de borate de soude, et neutralisées, s'il y a lieu, par du bicarbonate de soude.

Préparées avec toutes les précautions d'usage pour éviter leur souillure, les boues radiées sont antiseptiques par le fait même de leur radio-activité.

Cette radio-activité évaluée à 0,15 par rapport à celle de l'uranium, prise comme unité, est 50 fois plus grande que celle des Boues thermales dont l'action antiphlogistique est pourtant célèbre.

Des expériences faites par le professeur Petit, d'Alfort, et publiées en 1913, ont démontré photographiquement l'existence des radiations émises par les boues radio-actives.

Cette propriété et leur composition donnent aux boues radiées une « action décongestive, analgésiante, tonifiante et stimulante ».

On a utilisé ces bons effets dans de nombreux cas.

Nous avons eu la bonne fortune de les voir employer, dans le traitement des arthrites et des affections gynécologiques pendant notre stage d'externat en 1920 chez notre maître, Monsieur le Docteur Chifoliau.

Frappée dès lors des résultats obtenus, nous avons formé le projet que la bienveillance et les conseils éclairés de Monsieur Chifoliau nous ont permis de réaliser aujourd'hui.

Il a bien voulu nous guider lui-même dans nos recherches et nous autoriser à pratiquer notre expérimentation sur des malades de son service, examinées et choisies par lui ; ce qui nous a permis d'apporter à l'appui de nos conclusions quelques observations personnelles. De plus, nous avons eu la liberté, pour rendre notre documentation plus complète, de fouiller les archives du service et d'y relever les résultats des traitements appliqués en 1920 et 1921, traitements dont nous avons été témoin dans quelques cas.

Enfin, le Docteur Saxe, ex-interne du service, a bien voulu mettre à notre disposition une très intéressante observation de sa clientèle privée.

De toutes les malades soignées et dont nous avons eu les observations entre les mains, nous n'avons retenu que les cas où le traitement radio-actif seul a suffi pour amener la sédation des symptômes morbides. Nous avons laissé de côté les observations, très intéressantes pourtant, où l'opération a été facilitée et rendue moins grave et moins complète (dans presque tous les cas il a été possible de garder un ovaire) par l'application des boues. Par contre, nous avons consigné deux observations personnelles, une de résultat nul, l'autre médiocre, nous permettant de préciser les indications et contre-indications du traitement.

Il s'agissait, dans le premier cas (observ. X) d'une rétention placentaire avec gros utérus douloureux. Les culs-de-sac étaient sensibles et l'on pensa devoir faire une application qui amena des douleurs expulsives. La boue dut être retirée le lendemain.

Le second cas (obs. IX) était une salpingite bacillaire. Le seul résultat obtenu a été la sédation des douleurs.

D'où il ressort, d'une part, que les applications radio-actives s'adressent aux salpingites d'origine banale, vénérienne ou puerpérale, et ne semblent pas avoir d'action sur les infections bacillaires chroniques ; d'autre part, que dans les cas survenus post partum ou post abortum, il convient, avant d'appliquer le traitement, de s'assurer de la vacuité de l'utérus.

Ces réserves faites, le mode d'application des boues est des plus simples.

Après une toilette vulvo-vaginale soignée, suivie d'une injection, on dispose les boues radiées préalablement roulées dans la gaze stérile, soit en péricol en cas de lésions bilatérales, soit en tampon placé dans le cul-de-sac correspondant à la lésion sur laquelle on veut agir. On les maintient en place par un tamponnement vaginal.

Les applications peuvent être de durée variable. On peut commencer par 24 ou 48 heures pour tâter la susceptibilité du sujet ; mais même les applications de 72 heures sont bien supportées.

On les répète à 3 jours d'intervalle ou plus, suivant l'intensité de la réaction locale. Cette réaction s'est bornée, dans les cas étudiés, à une desquamation plus ou moins intense. Parfois, l'épithélium vaginal s'est éliminé en grands lambeaux.

Cependant, sur les cols précédemment ulcérés et enflammés, la boue a amené une diminution de la turgescence et de l'écoulement.

La réaction a d'ailleurs toujours cédé à quelques injections et pansements glycélinés.

CONCLUSIONS

De cette étude, nous avons retenu les faits suivants :

1° Dans tous les cas, le premier symptôme amélioré a été la douleur.

2° L'abaissement de la température a été constant et s'est maintenu.

3° Les phénomènes inflammatoires ont évolué plus ou moins rapidement dans un sens favorable. Disparition de la périmétrite, mobilisation de l'utérus, diminution et, dans presque tous les cas même, disparition des masses tubaires et ovariennes.

4° Amélioration des lésions cervicales.

5° Cessation des écoulements.

6° De plus, les résultats ont été rapides. La plupart du temps, il a suffi de 3 à 5 pansements, soit un traitement d'une quinzaine de jours.

7° Enfin, il nous a semblé que les résultats ont été durables. Pour nos observations personnelles, le temps écoulé est encore trop court pour affirmer la guérison. Quant aux autres, elles n'ont pas été suivies d'assez près pour que nous puissions nous prononcer. Le fait cependant qu'elles ne soient pas revenues consulter à l'hôpital semble indiquer que l'amélioration s'est maintenue.

Nous ajouterons que le traitement est indolore et n'a jamais donné lieu à des réactions morbides graves.

La plupart du temps, les malades accusent au point d'application une sensation de chaleur qui n'a rien de pénible.

Une seule malade a dénoncé des phénomènes plus importants (lipothymie, accélération du pouls, élévation de la température). Nous avons, pour ce motif, consigné son observation (obs. VIII), quoique, malade déjà opérée, elle ne rentrât pas dans le cadre que nous nous sommes fixé. La réaction a, d'ailleurs, eu une durée très courte, et très rapidement, tout est rentré dans l'ordre.

Il nous semble donc qu'à tous ces titres : résultats rapides et importants, facilité d'application, innocuité absolue, le traitement radio-actif doit être considéré comme un adjuvant précieux du traitement médical des salpingites.

Observation I (personnelle)

Mademoiselle F., 24 ans.

Fausse couche le 18 mars 1922. Expulsion d'un fœtus de 2 mois environ, pertes de moyenne abondance.

Le 20, douleurs abdominales assez vives.

Le 22, crise aigüe nocturne paraissant intéresser autant l'intestin que l'appareil génital. La malade a continué de présenter des pertes sanguines depuis son avortement.

Effrayée par cette crise, elle se fait transporter à la Maison de santé, où elle est admise en Médecine d'où on la transfère en Chirurgie (service Horteloup).

Le 24, elle cesse de perdre du sang, mais a des pertes séropurulentes.

A l'examen, on trouve un utérus un peu augmenté de volume, douloureux à la palpation.

On sent à droite et à gauche les ovaires augmentés de volume ; on sent également la trompe gauche. Le col est fermé. L'examen bactériologique ne révèle ni streptocoque, ni gonocoque.

Glace, repos. La malade continue à souffrir.

Le 4 avril, boues appliquées en péricol et laissées en place 72 heures. La malade se plaint de coliques et de ballonnement du ventre.

La desquamation vaginale est très modérée. Injections, pansement ichtyolé.

A l'examen, sensible amélioration à gauche. A droite, l'ovaire reste sensible et perceptible. L'utérus est encore gros et douloureux.

La 2^e application est retardée par l'apparition des règles qui durent du 10 au 15 avril.

Le 20, application de 48 heures amenant une nouvelle amélioration.

Le 25, 3^e et dernière application de 72 heures.

A la sortie de la Maison de Santé, les culs-de-sac sont libres, les ovaires semblent normaux. Il existe un peu de métrite du col.

Revue chez elle 2 fois. L'amélioration s'est maintenue, malgré le retour complet à sa vie antérieure.

La malade se plaint seulement d'avoir eu des règles très abondantes durant huit jours et l'ayant beaucoup fatiguée. L'utérus est encore un peu augmenté de volume.

Observation II (personnelle)

Madame R., 32 ans.

Fausse couche d'un mois et demi environ, le 25 mars 1922.

Le 28, gros accès de fièvre (40°), frissons, douleurs dans le bas-ventre, vomissements alimentaires, puis porracés.

Repos, injections, compresses chaudes sur l'abdomen. Tout semble rentrer dans l'ordre. La malade se lève le 2 avril.

Nouvelle crise douloureuse avec pertes purulentes. Les douleurs se localisent dans les fosses iliaques et au creux épigastrique.

Deux jours après, sous l'influence du repos, sédation de ces symptômes.

Le 18 avril, nouvelle tentative de lever et nouvelle crise.

La malade entre à la Maison de Santé.

Elle souffre peu spontanément, étant mise de suite au repos, injections et glace, mais toute manœuvre d'examen est douloureuse.

La palpation réveille surtout la douleur dans la fosse iliaque gauche.

Au toucher, on trouve un utérus augmenté de volume, en rétroversion. Col légèrement entr'ouvert regardant le symphyse.

L'utérus est très peu mobile et tout essai de mobilisation est très douloureux. A gauche, empâtement très net du cul-de-sac latéral, très sensible à la pression.

Le col entr'ouvert laisse écouler des glaires purulentes dans lesquelles l'examen bactériologique fait découvrir du gonocoque à l'état de pureté.

Application de boue radiée le 24 avril, dans le cul-de-sac gauche.

Durée de l'application : 72 heures.

En même temps, on applique sur l'abdomen à gauche, un pansement de ces mêmes boues. Glace sur l'abdomen.

Résultat : Desquamation moyenne. La malade a accusé, pen-

dant les 3 jours de l'application, une sensation de chaleur assez vive, n'allant pas jusqu'à la cuisson. On avait largement saupoudré de talc la peau directement en contact avec le pansement.

Injectons bicarbonatées. Pansements glycélinés.

L'examen démontre une diminution très nette de la douleur. Un peu plus de souplesse du cul-de-sac.

Le 29, la malade a ses règles qui sont assez douloureuses et durent jusqu'au 5 mai.

Le 6, nouvelle application de 72 heures. Nouvel examen :

Le cul-de-sac est devenu souple, la réaction douloureuse a disparu. L'utérus est mobile transversalement. Encore du gonocoque à l'examen.

Une 3^e application de même durée.

Toute réaction annexielle a disparu. L'utérus reste en rétroversion peu corrigible. Il n'y a plus de gonocoque.

La malade ne souffre plus, circule sans fatigue et part à la campagne.

Observation III (D^r Saxe)

Mademoiselle M., 27 ans, comptable.

Entre Service Horteloup post abortum, avec température 38°5, pouls 96. Pertes sanguines et glaireuses avec petits débris placentaires odorants.

Utérus gros. Col entr'ouvert. Annexes et utérus douloureux. Repos, glace sur l'abdomen.

Le 9 décembre, température 39°. Curettage sous anesthésie. On ramène un cotylédon placentaire volumineux. Ecouvillonnage et chlorurage de la cavité utérine. Injection intra-utérine prolongée. Glace sur l'abdomen.

La température s'abaisse, restant toutefois vers 38° le soir.

Vers le 12 décembre, la femme se plaint de vives douleurs dans la portion droite de l'abdomen. Le toucher montre une trompe volumineuse et douloureuse. Les annexes gauches sont également augmentées de volume et très sensibles.

Le 15 décembre, la trompe est très grosse et toujours douloureuse. Ecoulement séro-sanguinolent. Injections bi quotidiennes. Glace sur l'abdomen.

Pansements à la boue radio-active. 8 pansements du 16 décembre au 12 janvier, date de la sortie de la malade. A ce moment, la trompe droite est encore volumineuse, mais beaucoup moins ; elle est moins douloureuse. Les annexes gauches et l'utérus sont peu sensibles.

Chez elle, du 20 janvier au 25 avril, on applique 20 pansements de boue radio-active. A la fin de ce traitement, les annexes droites semblent normales, sont très peu sensibles. Les règles ne sont pas douloureuses. Aucun écoulement par le col. La température est normale. La femme se lève et marche sans éprouver de douleurs. Elle part à la campagne le 5 mai.

Observation IV (Service de M. le D^r Chifoliau)

Mademoiselle C., 22 ans.

Début de la maladie le 29 juin 1920, à 10 heures du soir.

Brusquement, douleurs dans tout l'abdomen, frissons, fièvre. température 39°, vomissements bilieux.

Le 30, quatre crises douloureuses dans la journée, dont une à 11 heures du matin, particulièrement pénible.

Entre les crises, calme relatif. Glace sur le ventre.

Les douleurs se localisent à la fosse iliaque droite. Constipation.

Entre Service Horteloup, le 1^{er} juillet. Température 39°2.

Défense de la paroi. Gargouillement et douleur à la pression des fosses iliaques, avec maximum à droite. Utérus difficilement mobilisable. Culs-de-sac empâtés et douloureux, surtout à droite. Examen difficile. Par l'orifice cervical, il s'écoule du pus.

Applications de boues tous les 2 jours, pendant 24 heures en péricol.

Sort améliorée et sans fièvre le 1^{er} août.

Observation V (Service de M. le D^r Chifoliau)

Madame P., 29 ans, 3 mai 1921.

Malade ayant habituellement des pertes blanches.

En septembre 1919, une fausse couche sans suites pathologiques.

Au début de mai 1920 : Douleurs dans la fosse iliaque droite, avec fièvre sans vomissements.

A l'examen, la palpation de la fosse iliaque est douloureuse. A gauche, pas de douleurs.

Au toucher, réaction salpingienne bilatérale, surtout marquée à droite. Application de glace.

Boues radio-actives le 3, le 6 et le 10 mai.

La température, s'élevant à l'entrée à 38°4, s'abaisse et se maintient aux environs de 37°.

La malade sort très améliorée et sans troubles fonctionnels, le 13 mai.

Observation VI (Service de M. le D^r Chifoliau)

Madame C., 23 ans.

Malade ayant fait une fausse couche de 6 semaines, en septembre 1920, sans suites pathologiques. Pertes durant 5 à 6 jours. Pas de fièvre.

En mars 1921, pertes blanches non accompagnées de douleurs.

Le 10 avril, douleur subite et violente dans tout l'abdomen. L'écoulement continue. La malade entre à la Maison de santé.

La palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse.

Au toucher, on trouve un gros col métritique. L'utérus est augmenté de volume et immobile. Il existe de la périmétrite.

Au spéculum, on constate que le col saigne facilement. Pas d'ulcération. Examen bactériologique. Pas de gonocoques.

Applications de boues radio-actives le 15 avril, amenant une réocession.

Nouvelle application le 19.

Le 22, élévation de température. Le 29, *idem*.

Les règles se produisent ensuite. Le 6 mai, nouvelle application.

La malade sort, ne souffrant plus et l'état local étant bon, le 13 mai.

Observation VII (Service de M. le D^r Chifoliau)

Mademoiselle D., 21 ans.

Métrite du col. Pas de passé génital. Rien d'intéressant dans les antécédents.

En 1918, la malade commence à avoir des pertes blanches.

En 1920, petite poussée de salpingite caractérisée seulement par quelques douleurs. Le repos au lit n'est même pas jugé nécessaire.

Depuis, la malade ressent parfois quelques douleurs abdominales.

Au palper, on trouve dans la fosse iliaque droite, une petite masse dure roulant sous le doigt et peu douloureuse.

Toucher très douloureux. Col mobile regardant en avant et un peu à droite. Utérus mobile en rétroversion.

Au spéculum, on constate de la vulvo-vaginite et une ulcération métritique de la lèvre antérieure du col.

Examen histo-bactériologique : Cellules endothéliales, polynucéaires, saprophytes, quelques cocci et des gonocoques.

Le 16 mai, application de boue radio-active sous anesthésie au protoxyde d'azote, à cause de la sensibilité vaginale.

Trois pansements répétés à 3 jours d'intervalle.

La malade sort très améliorée, le 25 mai.

Observation VIII (Service de M. le D^r Chifoliau)

Madame C., infirmière.

Déjà opérée précédemment par M. le docteur Chifoliau, à Lariboisière.

Ovariectomie et salpingectomie droites.

En août 1919, crise aiguë de salpingite avec phénomènes péritonéaux, fièvre élevée. Sédation après 3 semaines de repos au lit et de glace sur l'abdomen.

Depuis cette crise, a souffert à l'occasion de la moindre fatigue.

Le 12 mars 1920, nouvelle crise.

L'examen révèle une salpingite gauche avec un utérus immobile. Toucher douloureux.

Le 18 mars, application de boue dans le vagin (48 h.)

La malade éprouve pendant quelques heures un malaise assez intense (lipothymie, pouls petit et rapide), malaise d'ailleurs de courte durée.

Le 24, règles durant 3 jours.

Le 4 avril, nouvelle application de 48 heures. Elévation de température à 39° le premier soir, à 40° le second. Sensation de malaise général. *

Grande amélioration de l'état local. Utérus mobile. Presque plus de douleur au toucher.

La malade sort le 5 mai. Elle a dû être opérée par la suite.

Observation IX. (personnelle)

Madame H., 39 ans.

Entrée le 7 mai, service Horteloup, avec le diagnostic de « Rupture de grossesse tubaire ».

Début fin avril par une douleur soudaine et violente dans la fosse iliaque gauche. Durée de la crise : deux heures. Après quoi, tout rentre dans l'ordre. Le ventre reste cependant sensible.

Deux jours après, nouvelle crise identique, mais plus longue, suivie d'une hémorragie de moyenne abondance (1 verre environ).

La malade continue à perdre jusqu'au 6 mai. A cette date, vomissements glaireux, puis bilieux. Hémorragie abondante. Douleurs très vives durant jusqu'au 7 mai, date de son entrée dans le Service.

A l'entrée, elle est pâle, anémiée. Température, 38°. Pouls 120.

A l'examen, utérus augmenté de volume, peu mobile. On sent dans le cul-de-sac antérieur, une masse assez volumineuse. Il existe de la périmétrite.

La malade est préparée pour l'opération d'urgence.

On l'ausculte et l'on trouve des lésions pulmonaires, (elle a, en effet, des antécédents bacillaires nets : hémoptysies, expectoration séro-purulente et purulente).

D'autre part, l'interrogatoire a révélé qu'il n'y a pas eu de retard de règles, la malade a même eu des pertes peu abondantes dans l'espace intermenstruel. Elle a de la leucorrhée.

Le diagnostic d'hématocèle étant douteux, on décide de différer l'opération en exerçant une surveillance très attentive.

Les jours suivants, très doucement, les phénomènes s'améliorent un peu, les pertes diminuent et s'arrêtent le 5^e jour.

Après un nouvel examen qui donne les résultats suivants :

« Utérus augmenté de volume. Col très légèrement entr'ouvert laissant échapper une glaire sanguinolente. Grosse péri-

métrite. L'utérus est bloqué par un empâtement diffus enveloppant les annexes droites et gauches. Il est impossible de le mobiliser. Le toucher est très douloureux. La palpation abdominale révèle le manque de souplesse de la paroi. Il existe des ganglions inguinaux. »

Le diagnostic de salpingite probablement bacillaire est porté. L'examen des sécrétions du col ne montrant que des saprophytes confirme cette impression.

Boues en péricol pendant 72 heures, le 16 mai. La malade accuse une sensation de cuisson, mais se dit soulagée au point de vue douleur.

Desquamation intense. Pas d'ulcérations vaginales. Le toucher est moins douloureux. Les signes physiques sont identiques.

Seconde application le 24, pendant 48 heures. Aucun changement. L'utérus est toujours bloqué, mais les phénomènes douloureux ont complètement disparu, soit spontanément, soit au toucher.

On conseille l'héliothérapie et le séjour à la campagne.

Observation X (personnelle)

Madame G., 31 ans.

Fausse couche de 2 mois environ, le 4 mai 1922. Hémorragie abondante.

Entre Service Horteloup.

A l'examen, ventre souple, douloureux à l'hypogastre. Corps utérin augmenté de volume et douloureux, en rétroversion.

Col entr'ouvert laissant suinter un peu de sang.

Culs-de-sac assez souples, mais sensibles à la pression. Température atteignant 38° le soir.

Trois injections intra-utérines. Dakinage.

Les jours suivants, la malade continue de se plaindre. Elle a des crises douloureuses, survenant chaque jour, vers 11 heures du matin.

Le 19 mai, on trouve, au toucher, un cul-de-sac gauche légèrement empâté et un ovaire droit douloureux. Applications de boue.

Le lendemain, crise de douleurs expulsives.

Le 21, même crise ; malgré son tamponnement, la malade expulse des caillots. On retire alors le pansement et l'on fait un curettage.

Guérison sans autre incident.

Bibliographie

Les Boues radio-actives dans le traitement des Salpingo-Ovarites, par M. CHIFOLIAU et H. GUILLARD.

(*Progrès Médical*, n° 10, 6 Mars 1920.)

Propriétés hygiéniques et curatives des Boues radio-actives actinifères, par Gabriel PETIT, Professeur d'Anatomie pathologique à l'Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort.



VU : *le Doyen,*

ROGER

VU : *le Président de la thèse,*

LEJARS

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Université,

APPELL

FÉCAMP. — IMP. DURAND ET FILS
